Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie und forensischen Bedeutung der Amentia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Josef Löpping,

Approb. Arzt aus Legden i. Westf.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie und forensischen Bedeutung der Amentia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Josef Löpping,

Approb. Arzt aus Legden i. Westf.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

No. 103.

Rektoratsjahr 1913/14.

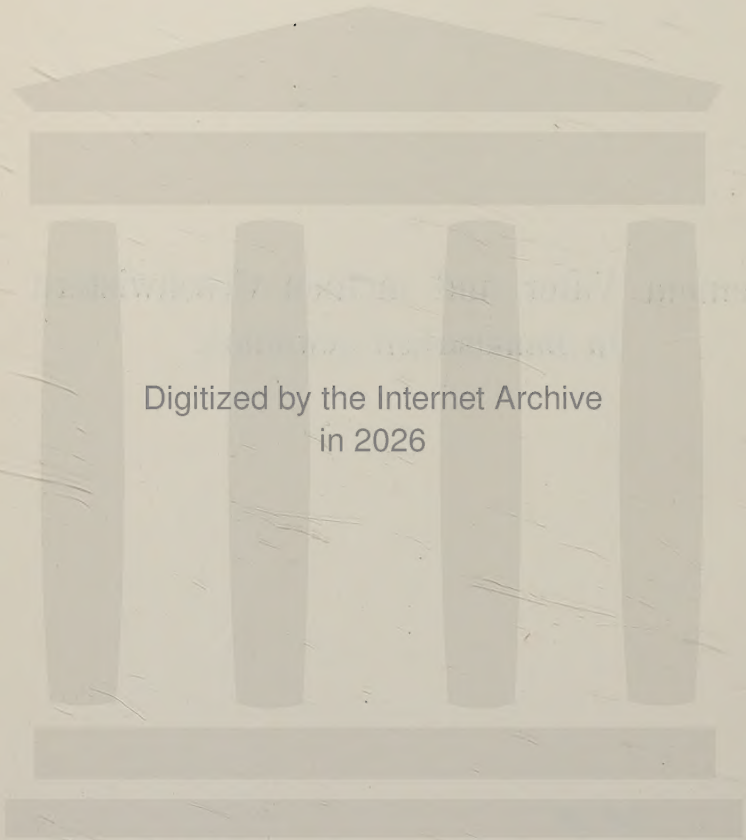
Referent: Prof. Dr. **Siemerling**.

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Lüthje**,

z. Zt. Dekan.

Meinem Vater und meinen Geschwistern
in Dankbarkeit gewidmet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zursymptomatolog0000jose_a6s2

Durch einen langen und schweren Kampf im Widerstreite der verschiedensten Meinungen hat sich die Amentia ihre Selbständigkeit erringen und behaupten müssen. Die Geschichte dieser Krankheit gehört eigentlich den letzten 4 Dezennien an. Während man früher als akute funktionelle Psychosen nur die Manie, Melancholie und die sog. Fieberdelirien unterschied, hat sich Fürstner unstreitig ein großes Verdienst dadurch erworben, daß er im Jahre 1874 von der Puerperalmanie eine besondere, wohl charakterisierte Krankheitsgruppe abtrennte, welche er halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen nannte und als deren wesentliches Merkmal er plötzlich und massenhaft auftretende Halluzinationen und eine dadurch hervorgerufene Verwirrtheit bezeichnete. Schon Esquirol hatte um das Jahr 1838 eine Beschreibung von Fällen akuter halluzinatorischer Verwirrtheit unter dem Sammelnamen Démence gebracht, der aber wenig Eingang fand. Fürstner glaubte damals, daß dieses Krankheitsbild den Puerperalpsychosen eigentümlich sei. Erst etwa 10 Jahre später gelang es den Bemühungen der Wiener Schule unter Meynert, die akute halluzinatorische Verwirrtheit als selbständiges Krankheitsbild den akuten Geisteskrankheiten an die Seite zu stellen. Meynert bezeichnete diese Krankheitsform als Amentia. »Als Grundsymptom verlangt er bei seiner Amentia die Verwirrtheit, Inkohaerenz, einen gänzlichen oder teilweisen Ausfall der Assoziationsleistung mit Bewußtseinstrübung, bei

denen Halluzinationen vorhanden sein, aber auch fehlen können.« Bereits vor der Meynert'schen Arbeit war eine Publikation von Fritsch erschienen, welche das Symptom der Verwirrtheit zum Gegenstand hatte. Er beschrieb die Verwirrtheit als selbständige Krankheit und wollte sie von der Westfal'schen Verrücktheit getrennt wissen. Konrad, ein Schüler Meynerts, lehnte sich in seiner Arbeit vielfach an die seines Lehrers an, er rechnete die akuten Formen der Westfal'schen Verrücktheiten restlos der Amentia zu. v. Krafft-Ebing nahm die Lehre im Meynert'schen Sinne wesentlich an, legte aber das Hauptgewicht auf die Sinnestäuschungen, auch zog er die Bezeichnung des akuten halluzinatorischen Wahnsinns vor.

In der ersten Zeit wurde der Begriff der Amentia außerordentlich weit gezogen und ihre Bedeutung in der klinischen Symptomatologie sicherlich überschätzt. Es wurden vielfach Fälle mit hineingezogen, die durchaus in ihrem Verlauf dem Bilde anderer akuter Psychosen entsprachen. Namentlich wurden vielfach ausgesprochene Katatoniefälle dazu gerechnet. Während in der ersten Zeit hauptsächlich die Verwirrtheit als das wesentlichste Moment der Psychose angesehen wurde, wandte man sich später mehr ätiologischen Gesichtspunkten zu.

Schon Mayser hat sein akutes asthenisches Delir auf aetiologische Momente basiert. Als wichtigste Grundlage sieht er eine auf toxischer Grundlage entstandene Asthenie des Gehirns an.

v. Krafft-Ebing sieht als Wesen der Krankheit eine funktionelle Schwäche des Denkorgans an. Ebenso Salge.

Auch Wernicke verlangt als wesentliches ätiologisches Moment der Amentia eine körperliche oder geistige Erschöpfung, die er als primär asthenische Verwirrtheit bezeichnet.

Ebenso sieht Schönthal als das wesentlichste Moment bei der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit in der Erschöpfung. Später folgte Binswanger mit seiner Erschöpfungsamentia.

In der weiteren Entwicklung der modernen Psychiatrie wurde die Amentia durch Wernicke eingeschränkt und die akute halluzinatorische Verwirrtheit im Maynert'schen Sinne nur in beschränktem Maße anerkannt.

Kraepelin hat sich das große Verdienst erworben, die verschiedenen Formen von Verwirrtheit näher abgegrenzt zu haben, insbesondere die sogen. primären von der sekundären. Er verlegt die übergroße Zahl der bisher dazu gerechneten Fälle in die beiden Krankheitsgruppen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox und beseitigte dadurch eine Menge von Verwechselungen und Mißverständnissen, die der Begriff der Verwirrtheit mit sich gebracht hatte.

Kraepelin läßt als Amentia nur Psychosen gelten, »in denen sich infolge einer äußeren greifbaren Schädlichkeit akut ein Zustand traumhafter Verwirrtheit, illusionärer oder halluzinatorischer Fälschung der Wahrnehmungen und motorischer Unruhe entwickelt.«

Im großen und ganzen herrscht aber doch jetzt unter den Irrenärzten eine Einigkeit darüber, was als halluzinatorisches Irresein zu bezeichnen ist. Die Verschiedenheit der Namenbezeichnung ist nicht von prinzipieller Bedeutung. Vorherrschend sind Amentia, akutes halluzinatorisches Irresein, akuter Wahnsinn, akute Verwirrtheit.

Mit dem Namen Amentia werden Geisteskrankheiten bezeichnet, »welche ausgezeichnet sind durch das plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhafte meist unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmung darstellen.« (Siemerling).

Die Amentia ist meistens eine Erkrankung des jugendlichen und mittleren Alters. Mit dem wachsenden Alter nimmt die Psychose erheblich ab.

Strohmeyer fand bei einer Verteilung von 110 Fällen auf die verschiedenen Altersstufen, daß bei den Frauen das 24. bis 40. Lebensjahr, bei den Männern das 21. bis

25. Lebensjahr am häufigsten von der Krankheit befallen wird.

Ätiologisch spielt nach der Ansicht der meisten Autoren die Erblichkeit nur eine untergeordnete Rolle. Häufig aber soll sich eine angeborene geistige Schwäche nachweisen lassen. Bei Strohmeyer war in 43% erbliche Belastung vorhanden. In den meisten Fällen läßt sich irgend eine Schädlichkeit, sei es eine körperliche, sei es eine geistige, auffinden, die für den Ausbruch der Psychose verantwortlich gemacht werden kann. Die wichtigste Rolle spielen nach Siemerling: Infektionskrankheiten, Vergiftungen (Alkohol, Morphium, Kokain, Atropie, Blei, Arsenik, Gravidität, Puerperien, Laktation, Pubertät, Menstruationsvorgänge, Klimakterium mit den im Organismus vor sich gehenden Umwälzungen, Blutverluste, Erschöpfungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen, Urämie, (perniziöse Anämie), Darmerkrankungen, Operationen, (Augenoperationen), Trauma, besonders des Gehirns, Haftstrafen, gemütliche Erschütterungen, starker Schreck, schwerer Kummer, Sorgen, unglückliche Liebe, häusliche Zwistigkeiten, geistige Überanstrengung. Alle diese sind als auslösende Momente zu betrachten. Unter den Ursachen steht das Puerperien an erster Stelle. Strohmeyer fand 33 Fälle = 30%, bei denen das Puerperium das auslösende Moment der Psychosen bildete. In den wenigsten Fällen läßt sich ein ätiologisches Moment nicht nachweisen.

Der Verlauf der Krankheit ist ein vielseitiger und hat oft Krankheitsbilder mit anderen akuten funktionellen und organischen Psychosen gemeinsam.

Häufig lassen sich beim Beginn der Krankheit länger oder kürzer dauernde Vorboten feststellen. Diese sind aber oft sehr unbestimmter Art und können als Begleiterscheinungen der äußeren schädlichen Einwirkungen gelten, so daß sich deswegen nicht notwendiger Weise eine Psychose entwickeln muß. Klagen über nervöse Beschwerden, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Blutwallungen, Gefühl von Mattigkeit, Unlust zu jeder Arbeit, Ohrensausen u. s. w. sind häufig die Vorboten, welche dem eigentlichen Ausbruch

der Psychose vorangehen. In ihrem Äußeren fallen eine leichte Reizbarkeit und eine merkliche Stille auf, oft werden die Patienten von schwermütigen Gedanken bedrückt, sodaß sie häufig den Eindruck des Melancholischen erwecken. Der eigentliche Anfang der Geisteskrankheit kann von den Angehörigen und Verwandten nicht selten auf die Stunde und Tageszeit angegeben werden.

In vielen Fällen entwickelt sich die Psychose auch ohne Vorboten in wenigen Stunden oder Tagen. Der eigentliche Ausbruch der Krankheit beginnt meist plötzlich. Nach kurz dauernder Exaltation mit ideenflüchtigem Rededrang, motorischer Unruhe treten Sinnestäuschungen verschiedenster Art auf. Die Kranken hören Stimmen drohenden und insultierenden Inhalts. Dabei ertönt ein schreckliches Getöse, Donnern, Glockenläuten, Tritte marschierender Soldaten usw., abscheuliche Gerüche steigen auf, sie riechen Brandgeruch, Schwefel, Blut, Verwesungsdünste. Der Inhalt der Sinnestäuschungen ist ein äußerst reicher und ein in rascher Folge wechselnder. Neben den Sinnestäuschungen bestehen häufig Wahnvorstellungen, die unmittelbar aus den Sinnestäuschungen hervorgehen, aber auch primär auftreten können. »Die Wahnideen erfahren meistens keine festere Ausbildung, zum Teil wegen des raschen Wechsels, der größtenteils von den Sinnestäuschungen abhängigen Vorstellungen, zum Teil auch wegen der selbständigen Denkstörung.« Hoche.

Jedoch werden einzelne Wahnvorstellungen äußerst hartnäckig festgehalten und mit in die Genesungszeit hinübergenommen.

Infolge der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist das Bewußtsein stark getrübt, die Orientierung in hohem Grade gestört. In Bezug auf Ort und Zeit sind die Kranken völlig unorientiert. Nur mit der größten Mühe gelingt es ihnen, über ihre Personalien Auskunft zu geben. In ihrem Reden und Handeln drückt sich »die primäre Inkohärenz« des Vorstellungsablaufes aus. Sie vermögen wohl einzelne Wahrnehmungen zu machen, aber sie sind nicht imstande, sie mit ihren früheren Erfahrungen in Beziehung zu bringen. Ihre Wahrnehmungen bestehen aus einem Gemisch zusammen-

hangloser Bruchstücke. Die zufälligen Wahrnehmungen kreuzen häufig den Gedankengang, sodaß die Patienten nicht imstande sind, irgend einen zusammenhängenden Satz zu sprechen, weil sich immer wieder neue Vorstellungen dazwischen schieben. Zufällig aufgefaßte Worte flechten sie sofort in ihre Reden ein.

Meynert hat solche Fälle, in denen sich die Unbehilflichkeit der sprachlichen Äußerung, die Unfähigkeit, Gegenstände zu benennen, bemerkbar macht, als »pseudophäsische Verwirrtheit« bezeichnet.

Auf diese Art und Weise tritt bei dem Kranken völlige Verwirrtheit auf. Er findet sich nicht mehr zurecht, was sich um ihn zugetragen hat, und was um ihn vorgeht, alles scheint ihm falsch, verdreht. Seine ihm sonst so geläufige Umgebung erscheint ihm völlig fremd.

Das von diesen Störungen beeinflußte Benehmen des Kranken ist auch häufig ein sehr wechselndes Es macht sich eine mehr oder weniger ausgeprägte Unruhe geltend. Die Kranken drängen fort, machen Angriffe auf ihre Umgebung, drohen mit Selbstmord usw.

Das äußerliche Bild der Amentia ist ungeheuer verschieden. Im wesentlichen überwiegt die Agitation von der einfachen Unruhe bis zur tobsüchtigen Erregung.

Die motorische Erregung wird häufig unterbrochen durch Phasen motorischer Hemmung. Die Kranken liegen regungslos mit geschlossenen Augen mutistisch im Bett, oder stieren starr auf einen Punkt und sind auch durch Nadelstiche nicht zu einer Reaktion zu bringen. Plötzlich tritt ein heftiger Erregungszustand auf, die Patienten fangen an zu schreien, werden agressiv gegen ihre Umgebung, drohen mit Flucht und Selbstmordversuchen. Je nachdem nun die Erregungs- oder Stuporzustände vorherrschend sind, spricht man wohl von einer deliriösen oder stuporöseu Amentia. (Siemerling).

Besonders mannigfaltig gestaltet sich der Symptomenkomplex der Amentia durch Beimischung katatonischer Erscheinung.

Bereits Mexnert hat bei seinen stuporösen Formen der Amentia Verbigeration, seltsame Stellungen, statuenartige Erstarrung, stereotype Bewegungen und rechte Katalepsie beschrieben. Ebenso erwähnt v. Krafft-Ebing das gelegentliche Vorkommen von kataleptischen und katatonischen Symptomen im Krankheitsbild. Siemerling rechnet sogar Fälle mit ausgesprochenen katatonischen Erscheinungen zum Bilde der Amentia.

Strohmeyer fand bei seinen Fällen in 50 % typische katatonische Symptome. Je nachdem nun die Halluzinationen, die primäre Inkohärenz oder die Katatonie in den Vordergrund tritt, hat man wohl eine halluzinatorische, eine inkohärente oder katatonische Form der Amentia unterschieden.

Die volle Erhöhung der Erkrankung wird gewöhnlich in den ersten zwei Wochen erreicht. Der weitere Verlauf ist ein eigentümlich schwankender. Die stürmischen Erscheinungen lassen allmählich nach. Das Bewußtsein hellt sich auf. Im Reden und Handeln werden die Kranken zusammenhängender. Die Erinnerung an die Erlebnisse ist meistens gut erhalten.

Der Abschluß der Krankheit wird meistens durch die Wiederherstellung des früheren Körpergewichtes angezeigt. Die Dauer der Erkrankungen beträgt meistens 2 bis 6 Monate. Aber auch Fälle von der Dauer eines Jahres und länger sind bekannt. Remissionen sind nicht selten. Die Prognose ist günstig. Ein Drittel der Fälle geht nach Siemerling in Genesung über.

Die somatischen Erscheinungen sind bei der Amentia gering und meistens nur nervöser Natur. Flüchtige Differenz in der Pupillenweite bei gut erhaltener Reaktion, Tremor der Hände und Zunge, leichte Steigerung der Reflexe sind beobachtet, aber für die Diagnosestellung ohne Bedeutung.

Eine pathologische Anatomie des akuten halluzinatorischen Irreseins existiert nicht, sowohl makroskopisch als mikroskopisch sind keine krankhaften Veränderungen nachweisbar. † am Gehirn.

Daß eine Krankheit, bei der eine Reaktion auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen so lebhaft ist, für die gerichtliche Praxis eine große Bedeutung hat, liegt auf der Hand. In ihrer ängstlich verzweifelten Lage, unter dem Auftreten von massenhaft erschreckenden Sinnestäuschungen bei gleichzeitiger Bewußtseinstrübung bieten die Kranken nicht selten eine geringe Gefahr für ihre Umgebung, die durch plötzliche Gewalttaten zum Ausdruck kommt. Meistens sind es grobe mörderische Delikte, Brandstiftungen, grobe Beleidigungen, die sich die Kranken zuschulden kommen lassen. Auch Selbstmord- und Fluchtversuche sind nicht selten. Cramer berichtet über einen Fall von Diebstahl und Hausfriedensbruch. v. Krafft-Ebing berichtet über einen Fall, wo bei einer Überfahrt über einen Fluß ein Mann plötzlich einen Erregungszustand bekommt und seine Frau ins Wasser wirft, sodaß sie ertrank. In einem anderen Falle tötet der Patient am dritten Tage der Krankeit seinen Sohn. Auch vereinzelte Fälle von Kindsmord sind beschrieben. Es ist selbstverständlich, daß die im Zustande der Verwirrtheit begangene Tat unter den Schutz des § 51 des R. St. B. fällt. Schwierigkeiten entstehen aber häufig dadurch, daß die meisten Delikte zu Anfang der Erkrankung begangen werden, wo ausgesprochene Symptome noch nicht vorhanden sind. Jedoch läßt sich häufig nach Feststellung des Zustandes des Patienten vor der Tat sowie nach anamnestischen Erwägungen mit Sicherheit eine bestimmte Entscheidung treffen. Auch die Straftat selbst bietet nicht selten eine gute Handhabe zur Klarstellung der Diagnose und Beurteilung. Die Unmotiviertheit und die Art und Weise ihrer Ausführung lassen auf einen krankhaften Zustand der Geistestätigkeit schließen. Civilrechtlich hat die Krankheit wegen ihres raschen Abklingens keine sehr große Bedeutung.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, einen interessanten Fall von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit anzuführen, der in der Kieler Psychiatrischen- und Nervenklinik zur Beobachtung kam und forensisch eine gewisse Bedeutung erlangt hat.

Sch., 34 Jahre alt, Musiker. Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Der Großvater mütterlicherseits soll Alkoholiker gewesen sein. Drei Schwestern und drei Brüder leben und sind gesund. In der Schule hat er leidlich gelernt, soll aber schon als Taugenichts gegolten haben. Nach der Schulzeit ist er 4 Jahre bei einem Musiker in der Lehre gewesen. Darauf hat er nach Beendigung seiner Lehrzeit verschiedene Großstädte Deutschlands bereist und auf Engagement in Cafés und Theatern gespielt. Nebenbei hat er noch fleißig Musikstudien betrieben. Nach Schluß der festgesetzten Spielzeit will er häufig noch bis zum andern Morgen studiert haben, um vorwärts zu kommen. Auch hat er zeitweise ein ausschweifendes Leben in Baccho et venere geführt. 1907 hat er sich mit Lues und Tripper infiziert. Seit seiner Lehrzeit (1904—13) war Sch. zweimal zum Besuch bei seinem Vater in Oberschlesien. Dem Vater sei eine leichte Nervosität aufgefallen, hat ihr aber keine Bedeutung beigelegt, weil sie ja bei derartig beruflich tätigen Leuten nicht selten ist.

In den letzten 7 Jahren wohnte Sch. ununterbrochen bei seiner Wirtin in Altona, ohne je aufgefallen zu sein. Erst Ende Oktober 1912 bemerkte diese ein verändertes Wesen bei Sch. Er hörte Stimmen, wurde leicht reizbar, streitsüchtig, glaubte sich verfolgt, hatte Eigenbeziehungen, abnormen Geruch, Vergiftungsideen usw. Allmählich verschlimmerte sich der Zustand mehr und mehr, sogar beim Musizieren bezog er die Stimmen der Gäste auf sich, und verlor dadurch seine Stellung, weil er Streit mit dem Wirt bekam.

Ende Dezember 1912 machte er sich der Straftat wegen Beamtenbeleidigung und Widerstandes gegen die Staatsgewalt schuldig. Am 27. XII. 12 kam Sch., nachdem er bis zwei Uhr beruflich tätig gewesen, dann mehrere Glas Bier getrunken und darauf noch sexuelleu Verkehr gepflogen hatte, morgens gegen 6 Uhr auf dem Hauptbahnhof in Hamburg an, um nach seiner Wohnung in Altona zu fahren. Er hatte eine unbeschriebene Monatskarte und wollte damit durch die Sperre. Als ihn der Beamte bat,

die Karte unterschreiben zu lassen, gab er zur Antwort, »das könne er selbst tun«. Darauf wurde er zum Aufsichtsbeamten geführt und aufgefordert, sich zu legitimieren. Auf mehrmalige Aufforderung hin zog er seinen Landsturmpaß aus der Tasche und schrie den Beamten an, »es komme ihm vor, als wenn er in Rußland wäre, er wurde sehr laut und aufgeregt.« Aufgefordert, sich ins Dienstbüro zu begeben, sträubter er sich, schlug mit den Händen und Füßen um sich und konnte nur mit Gewalt fortbewegt werden. Als ihn ein Beamter beim Versuche, fortzulaufen, vor die Brust faßte, rief er: »der Beamte hat mich geschlagen!« schlug heftig um sich und wandte sich zum Publikum, er werde zu Unrecht festgehalten. Nachdem er sich beruhigt hatte, wurde er entlassen. Sch. fuhr nach Hause. Es erfolgte dann später Anklage wegen Beamtenbeleidigung und wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt.

Ende Januar 1913 geriet Sch. plötzlich in einen heftigen Erregungszustand, zerschlug das Mobiliar in seiner Wohnung und drohte mit Selbstmord. Bei dem Versuche, ihn ins Krankenhaus zu schaffen, drohte er damit, sich aus dem Fenster zu stürzen. Gleichzeitig verbarrikadierte er den Eingang zu seiner Wohnung. Erst als die Feuerwehr eine Leiter anlegte, öffnete er die Tür und ließ sich ruhig zum Krankenhause bringen.

Kurz nach der Aufnahme ins Altonaer Krankenhaus war er noch erregt, hörte Stimmen, die ihm Schimpfworte zuriefen, war wenig oder garnicht orientiert, besonders in Bezug auf Zeit nicht. Die Stimmung war wechselnd, vorherrschend war eine traurige Stimmung, dann wieder zeigte sich eine gewisse Manieriertheit. Zweimal unternahm er einen Fluchtversuch mit Erfolg. Das zweite Mal zog er sich eine unbedeutende Kopfverletzung und eine Verstauchung des rechten Fußes zu. Er wurde dann jedesmal wieder zurückgebracht. Im weiteren Verlaufe trat dann eine gewisse Beruhigung ein, gewisse katatonische Symptome traten in die Erscheinung.

Am 31. III. 13 wurde Schl. unter der Diagnose »Ka-

tatonie« der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Kiel zugeführt. Er wurde von einem Wärter gebracht. Wegen des verstauchten rechten Fußes mußte er getragen werden. Er zeigte sich ruhig, gab auf Fragen nur annähernd zusammenhängende Antwort.

Status somaticus.

Schl. ist 1,69 cm groß, mittelkräftig gebaut, von grazilem Körperbau. Haut- und Gesichtsfarbe sind blaß. An der Stirn zwei mit Schorf bedeckte Hautwunden. Schädel nirgends klopfempfindlich.

Die Pupillen sind ziemlich weit, etwas exzentrisch, beide rund und reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Die Augenbewegungen sind frei.

Die Zunge wird gerade und ohne Zittern hervorgestreckt. Die Gaumenbögen sind gleich gehoben.

Würg- und Conjunktivalreflexe fehlen.

Die Sprache ist nicht gestört.

Leichte Struma des rechten Schilddrüsenlappens.

Geringer Tremor der Hände.

Die Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft. Die grobe Kraft der Hände rechts gleich links.

Knie-, Bauchdecken- und Achillessehnenreflexe sind gut auslösbar.

Romberg nicht zu prüfen. Ataxien nicht vorhanden. Das linke Fußgelenk ist verdickt, die Konturen des Gelenkes verstrichen.

Gehen kaum möglich.

Die Schmerzempfindung ist normal.

Der zweite Ton an der Herzspitze ist etwas unrein, sonstige Veränderungen an den inneren Organen sind nicht nachweisbar. Die Untersuchung der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit, sowie des Blutes, ergab keine Abweichungen.

Status psychicus:

Über die Vorgänge, die zu seiner Aufnahme ins Krankenhaas führten, berichtet Schl. in unklarer Weise mit lebhaft wechselndem Affekt, gelegentlich unter Tränen.

Auf die Frage, warum er ins Krankenhaus gekommen sei, antwortet er, das wisse er nicht. Er sei wohl überanstrengt gewesen dadurch, daß er bis tief in die Nacht hinein spielen und dann noch studieren mußte. Er sei dadurch nervös geworden, habe Kopfschmerzen bekommen. Bei der Aufnahme in Altona sei er erregt gewesen. Spricht in inkohärenter Weise: »ich dachte, ich wüßte, ich dachte, wohin soll ich, ich dachte, ich soll ins Gefängnis gebracht werden.« Gefragt nach seinem Fluchtversuch, antwortet er, er habe herausbekommen wollen, warum er ins Krankenhaus gekommen sei.

Zu Beginn seines Aufenthalts in hiesiger Klinik fiel die dauernd gespannte Körperhaltung und das Abheben des Kopfes von der Unterlage im Bette auf.

Anfangs Mai zeigte sich Schl. völlig ruhig und geordnet, klar, zugänglich, hatte angeblich keine Sinnestäuschungen mehr. Nur zeigte er noch etwas gedrückte Stimmung. Er fühlte sich frei von Beschwerden, er fuhr im Garten spazieren, unterhielt sich viel mit den Leuten und schrieb auf Aufforderung einen sehr ausführlichen, zum Teil sehr weitschweifigen Lebenslauf, in dem er mit größter Offenheit und Sachlichkeit über frühere Verfehlungen der Jugend, über sein Leben in der Großstadt, Bericht gab, z. B. wie er schon in früher Jugend als Taugenichts verschrieen gewesen, sexuelle u. a. Kindervergehen sich habe zuschulden kommen lassen.

Aus dieser Aufzeichnung seien hier einige Stellen angeführt:

»Im Dezember 1912 habe er bemerkt, daß seine Wirtsleute ein anderes Wesen angenommen hätten, ihm aus dem Wege gegangen seien und er deswegen häufig Streit mit ihnen bekommen habe. Bald darauf sei er eines Nachts in einen sonderbaren Zustand versetzt worden. Es sei ein Zustand gewesen, in dem er willenlos alles sah, fühlte und hörte, als wäre es Wirklichkeit. Es sei ihm gewesen, als würden ihm die Augen geöffnet, er habe ihm wohlbekannte Personen und Gestalten gesehen, die ihm etwas zuflüsterten. Als er dann am folgenden Morgen aufwachte, sei nichts zu

sehen gewesen. Er berichtet dann von Sinnestäuschungen des Gehörs und Geruchs, von Klopfen, Scharren und anderen Geräuschen, die ihn nachts aus dem Schlafe weckten, von einem eigenartigen Geruch im Zimmer, von Sensationen in der Herzgegend, es sei ihm, als reiße man ihm das Herz durch die Rippen, dann wieder, als wolle etwas im Herzen selbst reißen. Er habe Stimmen gehört, welche ihn als den Sohn Gottes, den Welterlöser bezeichneten. Er selbst habe sich auch in dieser Zeit für einen Gottgesandten gehalten, der seine Mission zu erfüllen habe.

Singen und Klingen sei ihm durch den Kopf gegangen, ein vergrabenes, undeutliches Durcheinander, habe Schlangen mit einem hundekopfähnlichen Profil gesehen. Tage- und nächtelang sei er wie gehetzt umhergeirrt. Es sei ihm gewesen, als wäre in seinem Kopfe etwas nicht in Ordnung gewesen, er habe einen dumpfen Druck im Gehirn empfunden. In diesen schrecklichen Tagen und Stunden der Verzweiflung habe er seinen Gottesglauben wieder gefunden und Gott um Kraft und Hilfe angefleht. Weiter schildert er seine Überführung ins Krankenhaus, von den Vorgängen im Krankenhaus usw. Trotz der jetzigen Beruhigung und relativer Einsichtigkeit hält er ziemlich fest an den wahnhaften Erlebnissen der damaligen Zeit. Der damalige Zustand sei ein hypnotischer gewesen. Er habe Visionen gehabt, die von wirklichen Erscheinungen nur zu unterscheiden seien durch die mangelhafte Greifbarkeit, d. h. greifen habe er nicht können, weil er unter dem Banne regungslos dalag. Er behauptet, Sinnestäuschungen seien es nicht gewesen.

Im weiteren Verlauf tritt dann eine etwas gedrückte Stimmung auf. Er macht sich viel Gedanken über seinen zukünftigen Beruf, über den Zustand seiner bei seiner Wirtin befindlichen Effekten, meint, er komme nun durch den langen Aufenthalt hier ganz aus seinem Beruf heraus, würde alles verlieren usw., drängt nach seiner Heimat. Läßt sich aber durch den Hinweis auf die bevorstehende Entscheidung seiner gerichtlichen Sache beruhigen.

Am 28. VII. ist er morgens etwas aufgeregt, beschimpft

den Arzt in rechthaberischer Weise, in dem Glauben, ihn angelogen zu haben. Nachmittags legte er sich ins Bett, war abweisend, leicht gereizt, gab an, er sei müde, ließ sich dann durch gütiges Zureden beruhigen. Weinte sehr viel. Als er am 29. VII. im Garten die Visite kommen sieht, steht er wie eine Mauer da, stiert in die Wolken und ist zu keiner Reaktion zu bewegen. Erst als die Visite vorbei ist, geht er weiter. Mittags wieder zugänglich.

Am 30. VII. nachts entwichen.

Epikrisis.

Wir haben es im vorliegenden Falle mit einer akuten schweren, auf dem Boden der körperlichen Erschöpfung entstandenen Geisteskrankheit zu tun.

Anamnestisch liegt keine hereditäre Belastung oder irgend ein ätiologischer Faktor vor. Dem Auftreten der Psychose vorangegangen ist eine Reihe von gesundheitsschädigenden Momenten, wie berufliche Anstrengung, Mangel an Schlaf, Alkoholgenuß und sexuelle Ausschweifung. Nach gewissen Vorboten, wie starker Kopfschmerz, Gehirndruck, mangelhaften Schlaf usw., tritt unter traumhafter Bewußtseinsveränderung mit namhaften erlebnisartigen Sinnestäuschungen, teils illusionärer, teils halluzinatorischer Natur, mit wechselnder Stimmungslage die Krankheit in die Erscheinung. Die Sinnestäuschungen treffen fast alle Sinnesgebiete. Er sieht Personen, hört Stimmen, eigenartiger Geruch herrscht in seinem Zimmer usw. Unter dem Einfluß der Sinnestäuschung kommt es dann zu einem tobsüchtigen Erregungszustand, in dem er Sachen in seinem Zimmer zerschlug, schimpfte, tobte und mit Selbstmordgedanken drohte, sodaß seine Aufnahme in eine geschlossene Anstalt dringend wurde. Der anfangs vorhandene in Desorientiertheit, Erregtheit und Halluzinationen bestehende Verwirrtheitszustand schlug dann später in einen Stuporzustand um, der zweimal durch einen sinnlosen, für ihn selbst gefährlichen und zweifellos auf irgend welche Wahnideen zurückzuführenden Entweichungsversuch unterbrochen wurde. Mit nachlassender Erregung traten deutliche katatonische Symptome (steife Haltung, ge-

spanntes Aussehen usw.) in die Erscheinung, die auch im weiteren Verlaufe noch mehrmals zum Vorschein kamen. Während seines Aufenthaltes in Altona traten sie so deutlich hervor, daß er unter der Diagnose Katatonie in die hiesige Klinik eingeliefert wurde.

Im weiteren Verlaufe tritt dann allmählich eine psychische Aufhellung ein, die Sinnestäuschungen hören auf und treten mehr und mehr in den Hintergrund. Während dieser Zeit tritt die rückläufige Erinnerung an die früheren halluzinatorischen Vorgänge ein. Er weiß sich genau des Beginnes der Krankheit, sowie dessen Verlauf zu erinnern. Die halluzinatorischen Vorgänge werden zu einem gewissen System von wahnhaften Auslegungen umgedeutet. Er hält an der Realität der Sinnestäuschungen fest. »Die Erlebnisse beruhen nicht auf krankhaften Vorstellungen, sondern seien in Wirklichkeit vorhanden gewesen.« Unter Rückbildung derselben entwickelte sich dann mit Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit ein Zustand, der praktisch einer psychischen Heilung sehr nahe kommt trotz des Weiterbestehens gewisser Wahnvorstellungen, die als »Residualwahn« aufzufassen sind. Die Stimmung war in der letzten Zeit sehr wechselnd. Weinerlichkeit und übertriebenes Heimweh (drängt nach seiner Heimat), Reizbarkeit und Mißtrauen wechselten mit einander ab, jedoch vorwiegend war degressive Stimmung.

Krankheitseinsicht bestand nicht.

Im großen und ganzen finden wir ein sehr ausdrückliches und geschlossenes, wenn auch in dieser Ausbildung relativ seltenes Krankheitsbild, welches in der psychiatrischen Terminologie als Erschöpfungsirresein oder akute Halluzinose oder Verwirrtheit bezeichnet wird.

Besonders auffällig ist bei dem Patienten das hartnäckige Festhalten an den Wahnideen und die klaren Erinnerungen an die Vorgänge zur Zeit der Entstehung und des Verlaufes der Krankheit.

Die forensische Bedeutung des Falles liegt zu Beginn der Erkrankung, wo ausgesprochene Symptome weniger deutlich in die Erscheinung traten.

Zunächst ist bei dieser Krankheitsform die Tatsache zu berücksichtigen, daß die für den Laien als erster Ausbruch derselben imponierende motorische Entladung psychiatrisch genommen nur den besonders sinnfälligen Abschluß einer Störung des Sinnes- und Vorstellungslebens darstellt. Diese Störung kann aber schon zu einer Zeit vorhanden sein, in der der Betreffende seiner gewohnten Tätigkeit noch nachzugehen vermag, sofern nicht besonders affektbetonte Einwirkungen von außen stattfinden.

Zweifellos treffen diese allgemeinen Erwägungen im vorliegenden Falle zu. Aus den schon vor der Erhebung der Anklage gemachten Angaben von Sch.'s Wirtin, die ihn seit 7 Jahren als Mieter kennt und daher Veränderungen bei ihm genau beobachten konnte, geht hervor, daß Sch. seit Ende Oktober ein zunehmend verändertes Wesen gezeigt hat, leicht reizbar wurde, durch Stimmen gestört wurde, Worte der Gäste auf sich bezog usw.

Ganz unabhängig davon hat dann Schl. selbst in einer über jeden Zweifel an der Glaubwürdigkeit erhabenen Weise über seine ersten Beeinträchtigungsideen berichtet, wie er im Verlaufe des Dezembers 1912 gemerkt habe, daß seine Wirtsleute anders gegen ihn würden, ihm aus dem Wege gingen, anzügliche Bemerkungen machten usw.

Er hat dann weiter den hypnotischen Zustand geschildert, in den er versetzt sein wollte. Aus alledem ergibt sich, daß der eigentliche Beginn der Erkrankung schon auf das Ende des Jahres 1912 zu verlegen ist, in dem Sinne, daß trotz scheinbar innerer Ruhe illusionäre Vorstellungen und krankhafte Falschbeziehungen als Grundlage von Wahnideen mit dem Affekt der Gerechtigkeit zu einer Veränderung der Persönlichkeit zur Umwelt geführt haben.

Läßt sich auf Grund dieser Erwägungen schon die überraschende Wahrscheinlichkeit erweisen, daß sich Schl. zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch die seine strafrechtliche Verantwortlichkeit stark in Zweifel gezogen wird, so werden diese Zweifel dennoch bestärkt durch die

besonderen Umstände, welche der Tat vorangegangen sind und sie begleitet haben.

Vorangegangen ist eine Reihe von körperlich schädigenden Momenten: Berufliche Überanstrengung, Alkoholgenuß und sexuelle Betätigung. Schl. ist in der Nacht vor dem am Morgen um 6 Uhr begangenen Delikt überhaupt nicht zu Schlaf gekommen, ist bis 2 Uhr beruflich tätig gewesen, hat dann mehrere Glas Bier getrunken und hat darauf noch sexuellen Verkehr gepflogen. Dem Bahnpersonal ist eine gewisse Angetrunkenheit aufgefallen.

Die Begleitumstände des Delikts drängen direkt zu der Annahme einer pathologischen Alkoholreaktion. Charakteristisch dafür ist die plötzliche Hinaussteigerung in eine in dieser Weise unmotivierte Erregung, das heftige »Sich zur Wehr setzen«, indem er sich wie ein »Wilder« benahm, um sich schlug, schimpfte und hilfesuchend das Publikum anrief.

Faßt man nun alle die zur Zeit der Begehung der Tat wirksamen krankhaften Momente zusammen, so ergibt sich mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit, daß Sch. sich damals in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Themas, sowie für die liebenswürdige Anleitung und die freundlichen Winke bei meiner Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie, dritte Auflage, Jena 1911.
2. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, Bd. II.
3. Hoche, Akutes halluzinatorisches Irresein. Deutsche Klinik, Bd. VI, Seite 197.
4. Stransky, Zur Lehre von der Amentia. Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. 4, Heft 4, S. 158—171.
5. Strohmayer, Zur klinischen Diagnose und Prognose der Amentia, Monatsschrift für Psych., Bd. 19, S. 417 und 579.
6. Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Berlin 1901.
7. Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd. III. Siemerling, streitige geistige Krankheiten.
8. Siemerling, Über Menstruationspsychosen und ihre forensische Bedeutung. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, S. 225.
9. Wernike, Grundriß der Psychiatrie, 2. Auflage.
10. Raecke, Über Erschöpfungspsychosen, Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LVII, Seite 38—48.
11. Groß, Kriminal-Psychologie. Leipzig 1905.
12. Zweig, Zur Lehre von der Amentia, Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 65, H. 5, S. 709.
13. Conrad, Zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. Archiv für Psychiatrie 1885, S. 329.
14. Siemerling, Heredität und Puerperalpsychosen, Deutsche Klinik, VI. Bd., S. 399.

Lebenslauf.

Ich, Josef Löpping, Sohn des Landwirtes Hermann Löpping und dessen verstorbenen Ehefrau Anna, geb. Heidebrink, bin geboren am 20. März 1881 zu Legden, im Kreise Ahaus, Regierungsbezirk Münster. Ich bin katholischer Konfession. Von Ostern 1898 bis Herbst 1904 besuchte ich das Gymnasium zu Cösfeld, das ich mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte darauf Medizin an der Universität zu Münster; im Sommer 1907 bestand ich an genannter Universität das ärztliche Vorexamen. Im Sommer 1908 diente ich mit der Waffe beim Infanterie-Regiment Nr. 106 in Leipzig. Am 10. Mai 1910 bestand ich in Gießen das medizinische Staatsexamen. Darauf war ich als Medizinalpraktikant am städtischen Krankenhause zu Münster i. Westf. tätig, verblieb auch nachher noch als Assistent fast ein Jahr an genannter Anstalt, führte dann bis zum 1. Jan. 1912 die ärztliche Praxis in meiner Heimat. Am 1. Jan. 1913 trat ich als einj.-freiw. Arzt beim Inf.-Reg. 85 in Kiel ein, wurde aber sofort abkommandiert zuerst nach Lübeck und dann nach Altona. Die 6 wöchige Übung als Unterarzt schloß ich direkt an und wurde am 20. November 1913 zum Assistenzarzt der Res. befördert.